

Unkenntnis der Allgemeinmediziner?

Depression – welche Depression?

Régis Marion-Veyron^a, Michaël Saraga^b, Friedrich Stiefel^b

^aPsychiatrie de liaison, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne, ^bService de psychiatrie de liaison, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Summary

Depression... but which depression?

Despite intensive efforts in neurobiology and epidemiology, depression remains a diagnosis with blurred b. We illustrate this point by examining the controversial issue of systematic screening by GPs, which highlights tensions between psychiatry and general medicine. We suggest a broader perspective on depression, taking into account the patient's individuality, as well as potentially pathogenic social determinants. In the era of operational diagnostic criteria, clinical intuition and the wider sociological context of the doctor-patient relationship are relevant.

Key words: Treatment of depression, general practice, epistemology

Einführung

Allem Anschein nach nimmt die Prävalenz der Depression immer mehr zu [1]. Zu den Gründen dieser «Depressionsepidemie» existieren zahlreiche Hypothesen. Ärzte seien heute besser ausgebildet, um psychische Störungen zu erkennen. Dank der Kampagnen zur Entstigmatisierung würden Patienten eher Hilfe in Anspruch nehmen. Kritischere Stimmen sprechen von einer Medikalisierung von Problemen, deren Ursache stärker in den Unwägbarkeiten des Lebens denn in einer Psychopathologie begründet seien [2]. Der Pharmaindustrie wird vorgeworfen, die Diagnosekriterien zu erweitern, um ihren Absatz zu fördern [3]. Alain Ehrenberg spricht in *La fatigue d'être soi* [4] von der Depression als Ausdruck der neu aufgekommene Unabhängigkeit als höchstem Wert: Die Pflicht jedes Einzelnen, «sich selbst zu erfinden», birgt die Gefahr, einen Misserfolg als persönliche Niederlage zu erleben. Die Depression habe auf diese Weise für autoritärere Gesellschaften charakteristische Angst und Schuldgefühle abgelöst. Schliesslich sollten veränderte Umweltbedingungen erwähnt werden. Der Hauptverdächtige ist hier der Stress, der mit dem Phänomen der Beschleunigung in der Erzeugung von Gütern und Abfall,

Zusammenfassung

Trotz der Bestrebungen in Neurobiologie und Epidemiologie bleibt Depression eine Erkrankung mit unscharfen Konturen. Die kontrovers diskutierte Frage der Früherkennung durch den Generalisten verdeutlicht dies und zeigt dabei auch gewisse Spannungen zwischen Psychiatrie und Allgemeinmedizin auf. Wir regen einen umfassenderen Blick auf die Depression an, der die Individualität des Patienten achtet, aber auch potenziell krankmachende gesellschaftliche Prozesse berücksichtigt. In Zeiten operationaler Diagnosekriterien haben klinische Intuition und sozio-historischer Kontext der Arzt-Patienten-Beziehung nicht an Relevanz verloren.

Informationsströmen und gesellschaftlichen Veränderungen in Verbindung steht. Paradoxerweise erzeugten diese Phänomene einen Zustand innerer Leere, der depressionsähnlichen Symptomen wie dem Burnout-Syndrom zugrunde liegt [5].

Die Depression ist damit epistemologischen, soziokulturellen und politischen Faktoren ausgesetzt. Einige in der medizinischen Fachliteratur selten angesprochene Aspekte werden in dieser Arbeit diskutiert. Wir greifen die wiederkehrenden Debatten zum Stellenwert systematischer Früherkennung auf, wobei gewisse Schwierigkeiten der Thematik «Depression» sowie gewisse Spannungen zwischen Psychiater und Hausarzt sichtbar werden, und diskutieren ein theoretisches Modell, das individuelle und kontextuelle Faktoren einschliesst; abschliessend führen wir einige klinische Orientierungspunkte an.

Die Depression und der Allgemeinarzt: kleine Entstehungsgeschichte der Früherkennung

Der heutige Konsens zur Depression trifft folgende Aussagen: (1.) Die Depression tritt in der Bevölkerung

sehr häufig auf, (2.) noch häufiger ist sie in der Patientenschaft der Ärzte und insbesondere der Hausärzte; (3.) die Ärzte verfehlen häufig die Diagnose; (4.) wenn sie die Diagnose stellen, ist die Behandlung nicht aggressiv genug; (5.) ein besseres Erkennen und Behandeln der Depression ist ein Grundproblem der öffentlichen Gesundheit. Die Frage einer systematischen Früherkennung durch den Hausarzt ist damit unumgänglich. 1996 beschränkte sich die *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) auf die Empfehlung, auf klinische Anzeichen einer Depression aufmerksam zu achten. 2002 liegt die – 2009 erneuerte – Empfehlung in einem systematischen Screening, falls ein «System» vorhanden ist, das eine «präzise» Diagnostik und eine «wirksame» Behandlung gewährleistet. 2005 übernimmt Kanada die gleiche Empfehlung, verzichtet 2013 aber auf die systematische Früherkennung. 2009 schlägt das englische *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) zwei Fragen zur Früherkennung an «Risiko»-Patienten vor, also ohne jede Systematik. In der Schweiz gibt es keine offiziellen Empfehlungen, jedoch regt ein neuerer Artikel an, zwei Fragen zur Früherkennung zu stellen [6]. Solange hier nichts festgelegt ist, handeln die Ärzte vermutlich so, wie es ihnen sinnvoll erscheint; eine systematische Strategie praktiziert wahrscheinlich nur eine Minderheit. Wir unterbreiten hier einen kurzen geschichtlichen Rückblick, der auch gewisse Spannungen zwischen Hausärzten und Psychiatern umreisst.

Unkenntnis der Allgemeinmediziner?

1964 veröffentlicht eine Gruppe freipraktizierender britischer Hausärzte eine Studie zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Allgemeinmedizin. Die Arbeit umfasst 261 Praxen und eine Million Personen. Die Diagnose des Allgemeinmediziners wird als relevant betrachtet: Sie ist der Goldstandard, auf dessen Grundlage man das *Beck-Depressions-Inventar* entwickelt. Die Lage ändert sich 1966, als Psychiater ins Rampenlicht traten, die auf Unterschiede zwischen Allgemeinmedizinern hinwiesen, die sie zum Teil dem «Faktor des Beobachters» zuschreiben. Die Notwendigkeit eines Messinstruments zur Reduzierung dieses Faktors führt 1970 zur Entwicklung des *General Health Questionnaire* (GHQ). Der GHQ unterscheidet zwischen «psychiatrischen Fällen» und «Nicht-Fällen» und zeigt, dass der Hausarzt viele, oft schwere Fälle nicht erkennt. Die These der verfehlten Diagnose kommt auf. Zudem schlussfolgert eine Studie 1973, dass die Behandlung der Depression durch den Allgemeinarzt nicht optimal ist. Die Allgemeinmediziner scheinen in doppelter Hinsicht fehlzugehen.

In den USA kommt das *National Institute of Mental Health* (NIMH) 1978 zu dem Schluss, dass 15% der Bevölkerung an psychiatrischen Erkrankungen leidet; davon wird über die Hälfte von Allgemeinmedizinern und nur ein Fünftel von Psychiatern betreut. Die wich-

tige Rolle der Hausärzte wird nicht mehr in Frage gestellt, und die amerikanischen Psychiater befassen sich nun auch mit den diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen der Hausärzte bei Depression. Die Ergebnisse sind erneut drastisch: Nachdem das *Beck-Depressions-Inventar* zum Goldstandard erklärt wurde (das nunmehr, im Gegensatz zu 1964, über die diagnostische Fähigkeit der Hausärzte urteilt), wird die Hälfte der Diagnosen als verfehlt betrachtet. Zahlreiche Studien ziehen ähnliche Schlüsse.

Bei wem liegt der «Fehler»?

Die von den Forschern identifizierten Faktoren bewegen sich auf drei miteinander verbundenen, aber unterschiedlichen Ebenen. Aus Patientensicht sei eine Beschwerde, die sich vor allem körperlich äussert, oder eine erwiesene somatische Erkrankung eine Erklärung dafür, dass die Depression nicht erkannt wurde. Für die Patienten sei die Depression keine «echte Krankheit», sondern stehe vielmehr in Verbindung mit existenziellen Ereignissen (Arbeitslosigkeit, Scheidung, Trauerfall etc.). Sie befürchten, ihrem Hausarzt lästig zu sein und als «anstrengende Patienten» wahrgenommen zu werden, haben Zweifel an der Wirksamkeit von Antidepressiva und Angst vor Abhängigkeit [7]. Von Seiten des Gesundheitssystems wird Zeitmangel angeführt (eine Depression erfordere bei der Diagnose mehr Zeit als andere Erkrankungen und/oder diese Zeit muss bei anderen, gefährlicher eingestuften Krankheiten «geopfert» werden) sowie der Mangel an Psychiatern zur Gewährleistung der Behandlung und versicherungstechnische Aspekte. Und schliesslich tendierten die Allgemeinmediziner dazu, einer Diagnose aus dem Wege zu gehen, die wenig greifbar ist, in Bezug auf den Tarif schlecht erstattet wird und stigmatisierend, ja deprimierend an sich ist. Die häufigste Erklärung der psychiatrischen Forscher lautet jedoch, dass die Allgemeinärzte die Diagnose verfehlen, weil sie die Kriterien dafür nicht kennen.

Welche Lösungen?

So wird die Annahme, dass die Diagnose «Depression» von Hausärzten oft verfehlt wird, immer mehr zu einer «Wahrheit» und fügt sich in einen grösseren, allgemeineren Diskurs, in dem sich Depression als stille Epidemie präsentiert: «unrecognized, untreated, and undertreated depressive disorders extract an inordinate human and economic cost, despite the availability of an extensive array of effective clinical interventions», schreibt das NIMH 1988, als es in der Öffentlichkeit und unter Fachkräften eine Informationskampagne durchführt. In diesem Kontext entwickelt R. L. Spitzer, führende Kraft bei der Entwicklung des DSM-III, ein Instrument für Allgemeinmediziner, den PRIME-MD, ein diagnostisches Vorgehen in zwei Etappen (strukturierter Fragebogen zum Screening und für das anschliessende Gespräch). Laut Spitzer genügen acht-

einhalb Minuten für eine «DSM-III-R-zertifizierte» Diagnose, aber das strukturierte Gespräch zeigt wenig Erfolge, und PRIME-MD ist ein Flopp. Der Screening-Fragebogen zur Selbsteinschätzung, der zum *Patient Health Questionnaire* wurde, ist heute hingegen das wichtigste Früherkennungsinstrument. PRIME-MD kennzeichnet den Höhepunkt des Diskurses über das Unvermögen der Allgemeinmediziner, psychiatrische Diagnosen zu stellen, sowie über die Notwendigkeit, ihnen Instrumente zu liefern, die ihnen dabei helfen.

Der Gegenangriff

Gegen diese Argumentation, die sich auf grosse epidemiologische Studien und den Gedanken der «Lücke» beim «Wissenstransfer» stützt, führen die Allgemeinärzte die spezifischen Besonderheiten ihres Praktizierens an. Bereits ein Jahr nach Erscheinen des DSM-III argumentiert ein schottischer Hausarzt, dass die Depression des Hausarztes nicht mit der einer psychiatrischen Klinik vergleichbar sei [8]. 1985 untersucht eine englische Gruppe Psychiater und Allgemeinmediziner Unterschiede zwischen «erkannten» und «unerkannten» Depressionen. Letztere seien häufig mit somatischen Erkrankungen verbunden, die zum depressiven Krankheitsbild beitragen. Die Diagnose sei weniger verfehlt als spezifisch, mit weniger depressiver und eher «reaktiver» Stimmungslage. Die komplexeste Studie zum Thema vergleicht vier Gruppen: erkannte DSM-III-R-Depressionen («richtig Positive»), nicht erkannte Depressionen («falsch Negative»), gestellte Depressionsdiagnosen bei nicht erfüllten DSM-III-R-Kriterien («falsch Positive») und reine Nicht-Depressionen («richtig Negative») [9]. Die Autoren beobachten, dass falsch-positive Diagnosen durch den Allgemeinarzt gestellt werden, weil dieser *die Vorgeschichte berücksichtigt*, was das DSM nicht tut. Tatsächlich sind die «falsch Positiven» klinisch näher an den «richtig Positiven» als die «falsch Negativen», und ihre Diagnose erscheint zutreffender als diejenige des Instruments. Andere Studien belegen, dass «nicht erkannte» Depressionen weniger schwer und ihr Verlauf genauso gut ist wie bei denjenigen, die erkannt und behandelt werden. Alles in allem bleibt die Depression also nicht «unerkannt»: Es sei dies eine diagnostische Entscheidung, die komplexe Faktoren und insbesondere die Schwere des Krankheitsbildes, Klinik und Anamnese berücksichtigt. Dennoch bleibt die Frage offen; andere aktuelle Studien weisen in die entgegengesetzte Richtung. Zumindest hat sich in diesem Ringen zwischen Psychiatrie und Allgemeinmedizin Letztere den Komplexitätsbegriff zu Eigen gemacht, mit dem Hinweis, dass Hausärzte ihre klinische Erfahrung, den engen Kontakt zum Patienten und die Einbeziehung des Kontextes nutzen, im Gegensatz zu Psychiatern, die sich strikt auf die DSM-Kriterien verlassen. In der Frage des Wertes eines systematischen Screenings gibt es gegenwärtig noch keine Antwort.

Dieser kleine geschichtliche Abriss hinterfragt das Wesen der Depression an sich. Das Kategorienmodell des DSM, oder das Stufenmodell wie das *Beck-Depressions-Inventar* gehen davon aus, dass es *eine* Depression gibt, an der man leidet oder nicht leidet und an der man mehr oder weniger stark leidet. Das Paradox liegt heute darin: Die meisten Forschungsarbeiten verwenden das DSM oder ein anderes Instrument, jedoch sind Spezialisten wie Kliniker vielmehr der Auffassung, dass die Depression ein wenig schlüssiger Begriff ist, der heterogene Situationen in sich vereint. Zu sagen, ein Patient «hat eine Depression», sagt noch nicht viel aus.

Von der Diagnose zur Pathogenese depressiver Störungen

Eine Anamnese, die sich auf die Depressionssymptome beschränkt, mag zwar eine formale Diagnosestellung ermöglichen, aber gewiss kein Verstehen der Gründe, warum eine Person zu diesem speziellen Zeitpunkt ihres Lebens genau so reagiert. Demgegenüber birgt eine klinische Untersuchung, welche die Pathogenese der Depression in ihrem Kontext nachzeichnet, die Möglichkeit, der depressiven Erfahrung einen Sinn zu verleihen, und stärkt die therapeutische Allianz (in der Behandlung essenziell) [10]. Unter psychodynamischen Gesichtspunkten ist eine Depression häufig Folge eines Verlusts [11]. Dies kann ein bewusster oder unbewusster Verlust sein, der durch den Nachhall früherer Verluste, wiederum Zeuge unbewältigter Vergangenheit, verstärkt werden kann. Die Frage ist also die nach dem Wesen des Verlusts und den Gründen für das Scheitern des normalen Trauerprozesses.

Entwicklungsverlauf der Depression

Der Frankfurter Psychoanalytiker Stavros Mentzos hat ein Entwicklungsmodell der Depression erarbeitet, das den Vorteil hat, das Individuum in seinem Kontext zu sehen [12]. In diesem «Drei-Säulen-Modell» resultiert die Depression aus einem Verlust, der das Ideal-Selbst, das Ideal-Objekt oder das Über-Ich betrifft. Jede Säule hat ihren eigenen Entwicklungsweg; der Arzt kann gemeinsam mit dem Patienten die der depressiven Reaktion zugrunde liegenden Schwachstellen identifizieren. Das Ideal-Selbst baut auf elterlicher Liebe auf: Als anfängliches Grössen-Selbst ermöglicht ihm das Bewusstwerden der Grössenphantasien in der Regel die Entwicklung zu einem reifen Ideal-Selbst, einem realistischen Selbstbild, welches Fähigkeiten und Grenzen anerkennt. Das Ideal-Objekt basiert auf identifikatorischen Prozessen, beginnend mit idealisierten Images allmächtiger Eltern und später sukzessive weniger idealisierten Autoritätsfiguren, um dann in exemplarische, aber realistische Leitbilder zu münden, denen die Person zu ähneln versucht. Das Über-Ich basiert auf dem ödipalen Über-

Ich, das aus elterlichen Verboten entsteht, um schliesslich zu einem gereiften Gewissen zu führen, das die Annahme einer persönlichen Gewissenshaltung ermöglicht. Damit beschreibt Mentzos drei Depressionsformen. Wird eine Person mit einem unreifen Ideal-Selbst mit einem psychologischen oder physischen Verlust konfrontiert, droht das stabile und liebenswerte Selbstbild einzustürzen, und es treten Schamgefühle in Verbindung mit einem Ohnmachtserleben auf. Ist das Ideal-Objekt unreif, ruft das tatsächliche oder imaginäre Verlassenwerden durch eine nahestehende Person die Depression hervor, die sich um dieses Verlassenwerden dreht. Ist das Über-Ich unreif, sieht sich die Person durch ein als persönlicher Misserfolg wahrgenommenes Ereignis der eigenen Strenge ausgesetzt, einer fehlenden Nachsicht gegen sich selbst, und die Depression ist durch Schuldgefühle gekennzeichnet.

Mentzos' Modell ermöglicht den Einbezug bestimmter gesellschaftlicher Umstände, die zu dieser Art Fragilität beitragen. Hierbei sind anzuführen: (1.) Der Idealtypus des modernen Bürgers, dessen Wert sich an seinen Leistungen misst, was zur Schwächung des Ideal-Selbst beiträgt; (2.) das Bedürfnis, permanent online zu sein, das durch die neuen Kommunikationsmittel virtuell befriedigt werden kann, was die auf dem Ideal-Objekt lastenden Bedrohungen verstärkt; (3.) die Ausdehnung der Wirtschaftsrationalität auf die gesamte Existenz mit ihren Anforderungen, die niemals befriedigt werden können und das Über-Ich schwächen.

Individuum und Umfeld

Die Verluste der Leistungsfähigkeit, der Beziehungsfähigkeit oder der Möglichkeit, Berufsansforderungen zu entsprechen, können miteinander verbunden sein und die drei Säulen gleichzeitig berühren, aber eine Säule kann eine andere Säule auch kompensieren: So können Schwächungen des Ideal-Selbst und des Ideal-Objekts zu Kompensationsbestrebungen der Über-Ich-Säule führen (basierend auf der Anerkennung der geleisteten Anstrengungen); das Risiko besteht im Zusammenbruch des Individuums, wenn es sich nicht in der Lage sieht, den Anforderungen, insbesondere beruflicher Art, zu entsprechen. Eine auf diesem Modell basierende Untersuchung stellt die individuelle Pathogenese in einen grösseren Kontext und ermöglicht eine Infragestellung der Selbstkonstruktion, aber auch eine kritische Hinterfragung ihres sozialen Kontextes. Der Arzt lädt so den Patienten dazu ein, sich der ihn umgebenden kollektiven Vorstellungen bewusst zu werden, sich aber auch gegen Nachahmungstrieb und Konformismus zur Wehr zu setzen [13]. Letztlich fragt dieses Modell den Kliniker: Wird er bezahlt, um eine menschliche Maschine zu reparieren und wieder funktionieren zu lassen, oder hat seine Verantwortung eine politische Dimension?

Auge in Auge mit depressiven Patienten

Eine heilsame Hinterfragung der Erkenntnisse einer zu souveränen Medizin weicht der therapeutischen Begegnung und den damit verbundenen pragmatischen Fragestellungen nicht aus. Die bisher aufgeworfenen Fragen sollen den Kliniker nicht lähmen, sondern ihm das Angebot einer klinischen Betreuung ermöglichen, die sich der Einflüsse unserer modernen Zeit auf die Depression bewusst ist. Inwiefern sind die Kontroversen rund um die Früherkennung von Depressionen klinisch relevant? Das Hauptanliegen besteht darin, bezüglich einer möglichen Depression aufmerksam zu bleiben. Eine ausgefeilte Mischung aus Erfahrung und Wissen im Hintergrund erscheint hier sinnvoll: Ein klassischer Begriff aus der Erkenntnistheorie, die Serendipität, ermöglicht die Konzeptualisierung dieses Phänomens [14]. Wie uns unsere tägliche Praxis immer wieder lehrt, kann eine Abweichung, ein Erstaunen, ein kleines Indiz unsere Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Dann gilt es innezuhalten und behutsam dem Hintergrund dieser Veränderung auf die Spur zu kommen. Das Wissen um die Symptome einer Depression hindert nicht daran, für unvermutete oder vermeintlich unbedeutende Worte oder Verhaltensweisen offen zu bleiben.

Das Erkennen einer Störung oder dessen, was Patient und Therapeut als Problem definieren, bedeutet nicht zwangsläufig die Zustimmung zu einer psychologischen oder medikamentösen Therapie. Mentzos' Modell erlaubt das Ergründen tiefer Verstrickungen zwischen Biographie und Kontext, doch bedarf es Arbeit mit dem Patienten, um sich über den der Depression zugrunde liegenden Verlust und die beteiligten «Säulen» zu verständigen – oder auch nicht zu verständigen. Vermutlich ist dies der Preis einer echten Bejahung der Therapie. Es geht somit darum, das Bild und die Worte zu finden, die dem Leiden einen Sinn geben, aber auch darum, die Rolle der genannten gesellschaftlichen Prozesse zu erkennen. Dieses Verhalten kann beim Patienten paradoxerweise eine Wiedererlangung dessen, was «sein Eigen ist» und was er selbst überdenken und mitunter ändern kann, fördern.

Die Verständigung über das «quälende Etwas» und dafür bei jedem Patienten einen spezifischen Sinn zu finden, kann mitunter zur Feststellung einer Depression führen, die klar mit einem unmittelbaren Kontext verbunden ist. Das hier skizzierte Krankheitsbild impliziert Belastungen am Arbeitsplatz, Naturkatastrophen oder auch die Empfangsbedingungen für Migranten. Die Klinik sendet hier ein Signal an Ethik und Politik. Was kann und was soll ich tun, wenn die von mir zu behandelnde Depression ein über meine klinischen Kompetenzen hinausgehendes Handeln erfordert? Die mit den Personalabteilungen verhandelten Lösungen zur Umstrukturierung der Arbeitsbedingungen erscheinen bisweilen wie Ablenkungsmanö-

ver, die unseren Blick von immer subtileren Belastungen innerhalb unserer Institutionen abwenden. Hinsichtlich der Situation von Migranten befreit uns die Inanspruchnahme eines fachkundigen juristischen Beistandes nicht davon, Unterbringungsbedingungen oder Rückführungen anzuprangern, die ein Mindestmass an Würde vermissen lassen. Wir meinen damit nicht, dass ein mit derartigen Situationen konfrontierter Arzt mit politischem Engagement reagieren muss. Das Wissen um die heutigen gesellschaftlichen Bedingungen der Berufsausübung sollte aber die Möglichkeit einräumen, aufmerksam zu bleiben und Erkrankungen, die ihren Ursprung in krankhaften gesellschaftlichen Prozessen haben, nicht isoliert und partiell zu behandeln. Konkret kann dies über einen offenen, pragmatischen Dialog mit unseren Patienten und institutionellen Ansprechpartnern erfolgen. Die Auseinandersetzung mit der genauen Definition dessen, wovon wir sprechen, wenn wir von Depression sprechen, impliziert indirekt die Anerkennung von deren Komplexität.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Das Wichtigste für die Praxis

- Wissenschaftlich betrachtet bleibt die Depression eine schlecht definierte Grösse, und die klinische Intuition eines erfahrenen Allgemeinmediziners behält ihren Stellenwert.
- Das Erkennen gesellschaftlicher Faktoren, die das depressive Erleben der Patienten beeinflussen, erlaubt diesen auch, sich ihre persönliche «Beteiligung» zu eigen zu machen.
- Eine ausschliessliche Betrachtung der Zweierbeziehung Arzt-Patient läuft Gefahr, die konkreten soziohistorischen Bedingungen des Gesprächs ausser Acht zu lassen.

Korrespondenz:

Dr. Régis Marion-Veyron
Psychiatrie de liaison
Policlinique Médicale Universitaire
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
Regis.Marion-Veyron[at]chuv.ch

Dr. Michaël Saraga
Service de psychiatrie de liaison
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
Michael.Saraga[at]chuv.ch

Prof. Dr. Friedrich Stiefel
Service de psychiatrie de liaison
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
Frederic.Stiefel[at]chuv.ch

Literatur

- 1 Hidaka BH. Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *J Affect Dis.* 2012;140(3):2005–14.
- 2 Horowitz AV, Wakefield JC. The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder. New York: Oxford University Press; 2007.
- 3 Mulder RT. An epidemic of depression or the medicalization of distress? *Perspect Biol Med.* 2008;51(2):238–50.
- 4 Ehrenberg A. La fatigue d'être soi: dépression et société. Paris: Odile Jacob; 1998 [Deutsche Ausgabe: Das erschöpfte Selbst, Frankfurt 2004].
- 5 Rosa H. Accélération. Une critique sociale du temps. Paris: La Découverte; 2011. [Deutscher Originaltitel: Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne, Frankfurt 2005].
- 6 Sommer J, Haller DM, Humair JP, et al. Enseignement de recommandations pour la pratique: la prévention et le dépistage. *Rev Med Suisse.* 2014;1045–51.
- 7 Priest RG, Vize C, Roberts A, et al. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ.* 1996;5-313(7061):858–9.
- 8 Barber JH. Depressive illness in general practice. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1981;290:441–6.
- 9 Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, et al. False positives, false negatives, and the validity of the diagnosis of major depression in primary care. *Arch Fam Med.* 1998;7:451–61.
- 10 Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Cons Clin Psychol.* 2000;68(5):438–50.
- 11 Mentzos S. Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck and Ruprecht; 1991.
- 12 Brown GW. Social roles, context and evolution in the origins of depression. *J Health Soc Behav.* 2002;43:255–76.
- 13 Girard R. La route antique des hommes pervers. Paris: Grasset; 1985. [Deutsche Ausgabe: Hiob – ein Weg aus der Gewalt. Zürich 1990]
- 14 Catellin S. Sérendipité, du conte au concept. Paris: Seuil; 2014.